

1. Name (Last, First)												
2. Family ID	F											
3. Date of Birth		Month			Day			Year				
4. Expected or Actual Delivery Date		Month			Day			Year				
5. County of Residence												

Departamento de Salud y Servicios Humanos de Carolina del Norte  
Sección de la Salud de las Mujeres y los Niños  
Unidad de Servicios de Nutrición

## Carta de Acuerdo para Participar en el Programa de Consejeras de Lactancia

**El programa WIC de consejeras de lactancia desea que usted tenga éxito amamantando a su bebé. Para ayudarle a tener éxito, una consejera de lactancia:**

- Le contactará durante su embarazo y en los primeros días en que usted amamante a su bebé
- Estará disponible para ayudarla con el amamantamiento hasta que destete a su bebé
- Le referirá a expertos en lactancia o a proveedores de atención médica si es necesario
- Le ayudará a:
  - ✧ Tener suficiente leche para su bebé
  - ✧ Lograr el apoyo de sus familiares y amigos
  - ✧ Iniciar la lactancia en forma adecuada
  - ✧ Enfrentar sus inquietudes sobre la lactancia
  - ✧ Aprender cómo amamantar a su bebé en cualquier parte
  - ✧ Continuar la lactancia cuando regrese a su trabajo o a la escuela

**Sus responsabilidades con respecto a los servicios de las consejeras de lactancia son las siguientes:**

- Informar a la consejera de lactancia acerca de sus necesidades durante el embarazo y luego del nacimiento de su bebé
- Informar a la consejera de lactancia sobre cualquier cambio en su dirección o su número telefónico
- Informar a la consejera de lactancia de cómo y dónde desea que le contacten:

Método de Contacto	Proporcione Su Información de Contacto
<input type="checkbox"/> Teléfono	
<input type="checkbox"/> Mensaje de texto (si aplica)	
<input type="checkbox"/> Videoconferencia (si aplica)	
<input type="checkbox"/> Correo electrónico (si aplica)	
<input type="checkbox"/> Otra: _____ <small>Especificar método de contacto</small>	

**Tanto el personal del programa de WIC como la participante deben leer y firmar esta carta de acuerdo a fin de iniciar los servicios del programa de consejeras de lactancia.**

Entiendo mis responsabilidades y deseo recibir los servicios del programa de consejeras de lactancia.

Entiendo mis responsabilidades con respecto al programa de consejeras de lactancia y trabajaré con la participante a fin de ayudarle a recibir los servicios que desee.

\_\_\_\_\_  
Firma de la participante

\_\_\_\_\_  
Firma del personal del Programa WIC

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Número telefónico de la consejeras de lactancia